STATE OF ARKANSAS
BOARD OF REVIEW
P.O. BOX 8016
Little Rock, Arkansas 72203

**PETICION PARA LA APELACION AL
BOARD OF REVIEW**

1. Reclamante:

2. Número de seguridad social:

3. Dirección:

4. Localización de archivos (*número de oficina*):

5. Fecha de la reclamación realizada:

6. Fecha en que fue enviada o entregada la Decisión del Tribunal de Apelación:

7. Número de la Decisión del Tribunal de Apelación:

8. Yo/Nosotros apelamos por la decisión del Tribunal de Apelación (Señale A o B a continuación)

- A. No tengo nueva evidencia ni petición que presentar al Board of Review para revisar todos los archivos relacionados con mi caso y pido al Board que tomen una decisión basada en la información que ya posee.
- B. Yo pido al Board of Review que vuelva a abrir mi caso al Tribunal de Apelación ya que tengo evidencias adicionales para presentar. Deseo presentar lo siguiente como evidencia en mi caso: (*Describe en que consiste su evidencia, por ejemplo: una declaración por parte de su medico etc.*)

9. Si usted señaló 8B arriba, debe contestar las siguientes preguntas.

A. ¿Por qué es la evidencia material para su caso? _____

B. ¿Por qué la evidencia no fue presentada durante la audiencia del Tribunal de Apelación?

El Board of Review decidirá si hay buenas causas para volver a abrir su caso al Tribunal de Apelación.

10. Fecha realizada:

11. Apelante:

12. Tipo de Reclamación: UI UCFE UCX EB TRA TAA DUA
 Otra (Identifique) (FSC, etc.) _____

Usted debería continuar llamando a Arkline o rellenar una tarjeta de reclamación cada semana si desea continuar con su reclamación.

Original - Board of Review

Duplicado - Apelante

13. Recibida por:

14. Oficina: